

Versicherungsnehmer:

Beratung durch:

profunda Versicherungsmakler & Finanzberatung GmbH

Berliner Str. 33 • 16540 Hohen Neuendorf

Tel.: 03303 / 2973910

Fax: 03303/ 2973911

info@profunda-vm.de

http://www.profunda-vm.de

**Persönlicher Ansprechpartner:**

<b>1. Zu versichernde Person</b>	
1.1. Vorname, Nachname	<input type="text"/>
1.2. Geburtsdatum	<input type="text"/>
1.3. Beruf	<input type="text"/>
1.4. Berufsstatus	<input type="checkbox"/> Selbständig <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Öffentlicher Dienst <input type="checkbox"/> andere <input type="text"/>
1.5. Größe	<input type="text"/> cm
1.6. Gewicht	<input type="text"/> kg
1.7. Haben Sie in den letzten Jahren an Gewicht zugenommen / verloren?	<input type="checkbox"/> Gewichtszunahme ca. <input type="text"/> kg in den letzten <input type="text"/> Jahren <input type="checkbox"/> Gewichtsverlust ca. <input type="text"/> kg in den letzten <input type="text"/> Jahren
1.8. Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wie viel? <input type="text"/>
<b>2. Fragen zur Erkrankung</b>	
2.1. Welche Diagnose stellte der Arzt (z.B. trockene oder feuchte Brustfellentzündung, Empyem, Lungenentzündung, Bronchitis, Bronchiektasen, Emphysem, Geschwulst)?	<input type="text"/>

<p>2.2. War eine Krankenhausbehandlung erforderlich?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b>, wann und wo?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>2.3. War eine Sanatoriumskur erforderlich?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b>, wann und wo?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>2.4. Wurden Operationen durchgeführt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b>, wann, wo und mit welchem Ergebnis?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>2.5. Ist eine Operation vorgesehen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>2.6. Sind Sie jetzt vollkommen gesund?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja seit <input style="width: 40px;" type="text"/> Wenn <b>nein</b>, welche Beschwerden bestehen noch?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>2.7. Welche Medikamente nehmen Sie jetzt noch?</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>2.8. Werden Sie röntgenologisch überwacht?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b>, wann zuletzt und mit welchem Befund?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p><b>3. Allgemeine Fragen</b></p>	<p>Bezogen auf die in diesem Fragebogen thematisierten Erkrankungen/Einschränkungen/Unfälle/Missbildungen</p>
<p>3.1. Welche Ärzte haben Sie behandelt bzw. behandeln Sie aktuell?</p>	<p>Name, Anschrift</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>3.2. Bezogen oder beziehen Sie eine Rente?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b>, aus welchem Grund? (gfls. Grad der Behinderung angeben)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>

<p>3.3. Waren Sie jemals länger als 4 Wochen arbeits- oder berufsunfähig?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja          Wenn <b>ja</b>, wegen welcher Erkrankung, wann und wie lange?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p><b>4. Sonstige Hinweise und Erläuterungen</b></p>	<div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>
<p><b>Einverständniserklärung zur Datenweitergabe</b></p>	<p>Sie gestatten, dass die erfassten Daten nebst etwaigen Anlagen mittels unverschlüsselter E-Mail - auch über Dienstleister - an Versicherungsunternehmen zur Prüfung und Angebotserstellung weitergeleitet werden.</p> <p>_____</p> <p>Datum, Unterschrift</p>
<p><b>Interne Notizen</b></p>	
<p>Mitarbeiter: <input style="width: 250px;" type="text"/>          Datum : <input style="width: 250px;" type="text"/>          Uhrzeit: von <input style="width: 100px;" type="text"/> bis <input style="width: 100px;" type="text"/></p>	<p><input type="checkbox"/> telefonische Erfassung <input type="checkbox"/> schriftliche Kundenangaben  <input type="checkbox"/> persönliche Besprechung  <input type="checkbox"/> im Maklerbüro <input type="checkbox"/> beim Kunden  <input type="checkbox"/> <input style="width: 200px;" type="text"/></p>
<p>Rev002 vom 21.10.2009</p>	